

ВЫЯВЛЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Алейникова Т.В., Козловский В.И.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы
медицинский университет»*

Введение. Проблема гипертрофии миокарда левого желудочка находится в центре внимания ученых различных стран уже в течение многих лет. Крупные эпидемиологические исследования убедительно продемонстрировали, что гипертрофия левого желудочка является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений, своеобразным маркером повышенной летальности. Развитие ГЛЖ сопровождается морфологическими, структурно-функциональными и цито-биохимическими изменениями в миокарде (Kannel W.B., 1996).

Ремоделирование сердца при АГ – один из этапов прогрессирования изменений сердца, следствием которого является формирование дисфункции левого желудочка (ЛЖ) и развитие сердечной недостаточности, сопровождающиеся повышением риска формирования летальных исходов (ESH-ESC Guidelines Committee, 2007; Национальные клинические рекомендации, 2009).

Развитию ГЛЖ способствуют гемодинамические факторы: нагрузка давлением и объемом, изменение структуры артерий, нарушения реологических свойств крови, геретические нарушения (Смирнова М.Д. и др., 2008).

Признанной классификацией типов ремоделирования миокарда при АГ является классификация A Ganaui и соавт. (1992), которые выделяют: концентрическую (КГМЛЖ) и эксцентрическую гипертрофию (ЭГМЛЖ) левого желудочка, концентрическое ремоделирование (КРЛЖ) и нормальную геометрию миокарда.

Рядом авторов установлено, что ремоделирование ЛЖ, особенно его концентрические формы, повышает риск развития аритмий, в частности пароксизмальной формы фибрилляции предсердий (ФП) у больных с АГ.

Цель исследования. Определение частоты различных типов ремоделирования миокарда ЛЖ на ранних стадиях артериальной гипертензии.

Материал и методы. Обследовано 85 больных с установленным диагнозом первичной артериальной гипертензии 1-2 ст. Средний возраст пациентов с АГ 1 ст. был 30 ± 11 лет, со АГ 2 ст. - 46 ± 19 лет.

Длительность заболевания была от 1,5 до 16 лет. ЭхоКГ выполнена в М и В режимах (38 человек – АГ 1 ст. и 47 - с АГ 2 ст.).

По формуле R. Devereux и соавторов (1998) рассчитывали массу миокарда (ММ) и индексировали ее к площади поверхности тела (ИММ).

В зависимости от величины ИММ и относительной толщины миокарда (ОТМ) выделяли типы геометрического моделирования ЛЖ (Ganaui A. и соавторы, 1992). В таблице № 1 представлена частота различных типов ремоделирования миокарда ЛЖ у больных артериальной гипертензией 1-2 ст.

Таблица 1 - Частота различных типов ремоделирования миокарда ЛЖ у больных артериальной гипертензией 1-2 ст

Группы	Частота выявления различных типов ремоделирования			
	Нормальная Геометрия	Эксцентрическая гипертрофия ЛЖ	Концентрическая гипертрофия ЛЖ	Концентрическое ремоделирование ЛЖ
АГ 1 ст.	52,6% (16 мужчин, 4 женщины)	21,1% (7 мужчин, 1 женщина)	13,15% (4 мужчины, 1 женщина)	13,15% (4 мужчины, 1 женщина)
АГ 2 ст	19,1% (4 мужчины, 5 женщин)	46,8% (9 мужчин, 13 женщин)	27,7% (8 мужчин, 5 женщин)	6,4% (3 женщины)

Как видно из таблицы № 1, в группе больных АГ 1 ст. преобладала нормальная геометрия миокарда - 52,6%. Частота концентрических типов ремоделирования оказалась равной и составила: КРЛЖ - 13,15% и КГЛЖ - 13,15%. Частота ЭГЛЖ составила 21,1%.

В группе больных АГ 2 ст. преобладающее большинство составили пациенты с ЭГЛЖ - 46,8%. На долю КГЛЖ пришлось 27,7%. Концентрическое ремоделирование составило 6,4%.

Нормальная геометрия отмечалась у - 19,1% больных артериальной гипертензией 2 ст.

Выводы.

1. Определена частота развития различных типов гипертрофий у больных на ранних стадиях артериальной гипертензии, проживающих в Гомеле.

2. Наиболее часто как при 1 (21,1 %) , так и 2 степени (46,8 %) артериальной гипертензии выявляли эксцентрическую гипертрофию миокарда левого желудочка

Литература

1. Devereux R., Pini R., Aurigemma C.P., Roman M.J. Measurement of left ventricular mass: methodology and expertise. J. Hypertens. - 1998 - № 15 - P. 801-809.
2. ESH-ESC Guidelines Committee. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension.// J. Hypertension. - 2007 - № 25. P 1105-1187
3. Ganau A., Devereux R.B., Roman M.J. et al. Patterns of left ventricular hypertrophy and geometric remodeling in essential hypertension.// J. Am. Coll. Cardiol. - 1992. - № 19 - С 1550-1558.
4. Kannel W.B. Left ventricular hypertrophy as a risk factor in arterial hypertension // Eur Heart J. - 1996. - V. 13. - Suppl D. - P. 82-88.
5. Национальные клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Всероссийское научное общество кардиологов - Москва - 2009. - С. 292-328.
6. Смирнова М.Д., Фофанова Т.Я., Постнов А.Ю., Агеев Ф. Т. Генетические аспекты гипертрофии миокарда при гипертрофической кардиомиопатии и артериальной гипертензии// Терапевтический архив - 2008 - № 1. - С. 77--84.